

ANEXO III

MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 01 / 2 / 2026

Razón social del prestador: Gimena Acuña

CUIT: 27 - 31502814 -6

Domicilio donde se realiza la prestación: Alvear 2371

Correo electrónico de contacto: gime_4@hotmail.com Teléfono: 3424445982

Beneficiario: Thiago Balquin DNI: 59395634

Modalidad prestacional a brindar: Prestación de apoyo. Terapia Ocupacional

Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____

Período: desde: marzo hasta: diciembre 2026

Almuerzo: Sí - No.

Monto Mensual: \$134030.24

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual: _____

Cantidad de sesiones mensuales: 8 (ocho) Monto por Sesión: \$16753.78

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: 16 A: 17	De: 16 A: 17	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

Gimena Acuña
hc. en TO
Mat 5539

Dr. Eduardo Des
MEDICO AUDITC
Mat. N° 2653 - L° II -
U.O.M.R.A.

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS